



Formulario del Historial Clínico (Médico):

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

1. Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del nombre medio) \_\_\_\_\_

2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Género: (Masculino) (Femenino)

4. Raza y etnicidad: \_\_\_\_\_

5. Origen ó Fuente de la Referencia:

a. Algún otro doctor lo refirió aquí? (Sí) No)

(Sí es así) Si la referencia fué de otro doctor. ¿cual es su nombre/número de teléfono?

\_\_\_\_\_

b. ¿Usted esta programado para cirugía? (Sí) No)

Si es así, ¿que tipo/clase de cirugía esta programado?

\_\_\_\_\_

¿Para cuando está programado la cirugía?

\_\_\_\_\_

¿Han sido programados análisis de sangre, radiografía del pecho/clases educativas? Han sido completados?

¿Que día y la hora de la cirugía?

\_\_\_\_\_

c. ¿Fué referido por un amigo ó un miembro de la familia? (Sí) (No)

Sí es así su nombre/parentesco de la persona? \_\_\_\_\_

5. ¿Usted planea usar al Dr. Magid como su Médico de Atención Primaria/Médico de Cabecera/Médico de Cuidados Primarios? (Sí) (No)

6. Medicamentos (Medicinas) Corrientes (Favor de incluir la dosis, sí se sabe)

a. \_\_\_\_\_ (dosis) \_\_\_\_\_ (veces al día) \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ (dosis) \_\_\_\_\_ (veces al día) \_\_\_\_\_



- c. \_\_\_\_\_ (dosis) \_\_\_\_\_ (veces al día) \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_ (dosis) \_\_\_\_\_ (veces al día) \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_ (dosis) \_\_\_\_\_ (veces al día) \_\_\_\_\_
- f. Vitaminas \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_.

7. Cirugías en el pasado (Enumere a todos)

- a. (tipo/clase) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ cirujano) \_\_\_\_\_
- b. (tipo/clase) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ cirujano) \_\_\_\_\_
- c. (tipo/clase) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ cirujano) \_\_\_\_\_

8. Hospitalizaciones anteriores (enumere a todos)

- a. (hospital) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ (razón) \_\_\_\_\_
- b. (hospital) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ (razón) \_\_\_\_\_
- c. (hospital) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ (razón) \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted alguna alergia? (Sí) (No)

(Por favor, asegúrese de indicar si usted es alérgico a la penicilina ó otros medicamentos sulfúricos)

Si es así, por favor anote:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

10. ¿Has tenido otras enfermedades médicas no mencionadas anteriormente?

Haga una lista / Cuando?:

- a. \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

11. Trauma: ¿Alguna vez has tenido accidentes graves ó huesos quebrados?

Enumere las lesiones /¿ Cuando?:

- a. \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_



b. \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

12. ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad infecciosa (enfermedades infecciosas incluyen, pero no se limitan, a la pulmonía, bronquitis ó infecciones de la vía urinaria)

Haga una lista / Cuando?:

a. \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

13. Historial de inmunizaciones

a. Pneumovax \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

b. Vacuna contra la Influenza \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

14. ¿Usted ha fuma? (Sí) (No) (Dejó de fumar)

a. Si fumas? ¿Cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tuvo cuando empezó a fumar? \_\_\_\_\_

b. Si dejó de fumar, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_, ¿por cuántos años fumó? \_\_\_\_\_

¿Que edad tuvo cuando empezó a fumar? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tuvo cuando deajo de fumar? \_\_\_\_\_

Cuál es el número máximo de cigarrillos por día? \_\_\_\_\_

15. ¿Usted toma alcohol? (Sí) (No) (¿Ya dejó de tomar?)

a. Sí es así, ¿que frecuencia? \_\_\_\_\_, ¿ cantidad maxima de bebidas ó tragos? \_\_\_\_\_

b. sí dejó de tomar ¿Cuándo paró de tomar? \_\_\_\_\_, y ¿Cuánto era la cantidad máxima de uso regular? \_\_\_\_\_

16. ¿Usted sufre de Presión Alta? (Sí) (No)

17. ¿Usted es Diabético(a)? (Sí) (No)

18. ¿Usted sufre de Colesterol Alto? (Sí) (No)

19. ¿Usted tiene historia de enfermedades psiquiátricas/está usted bajo tratamiento con medicamentos psiquiátricas? Sí es así, favor describa.

---

---

---



20. ¿En su familia existe Historia de Enfermedades Prematuras de las Arterias Coronarias?  
(Sí) / (No)

¿Padre, madre, hermano, hermana, ó hijos han sufrida un ataque cardiaco en los 40's  
or 50's? Favor enumere:

(parentesco)\_\_\_\_\_ (edad al tiempo del ataque cardíaco)\_\_\_\_\_ (fué fatal?)\_\_\_\_\_

(parentesco)\_\_\_\_\_ (edad al tiempo del ataque cardíaco)\_\_\_\_\_ (fué fatal?)\_\_\_\_\_

21. ¿Usted tiene una historia familiar de cáncer o tumores? (Sí) / (No)

Sí es así, favor de anotar:

(parentesco)\_\_\_\_\_ (edad de inicio) \_\_\_\_\_ (tipo de cáncer)

¿Fueron buenos los resultados (exitosos) el tratamiento del  
cancer?\_\_\_\_\_

Sí el cáncer fué fatal¿que edad tenía su pariente cuando falleció? \_\_\_\_\_

22. Estudios (Pruebas) Recientes:

Últimó Análisis de Sangre (fecha) \_\_\_\_\_ (Localidad) (Lugar)

Última radiografía de tórax (Fecha) \_\_\_\_\_ (Localidad) (Lugar)

¿Fueron encontrados alguna anormalidad en sus esudios de la sangre y/ ó su radioX  
del pecho?

(No)/(Sí)Describa\_\_\_\_\_

¿Has tenido otros estudios en el corriente año pasado?

Sí es así, favor enumere\_\_\_\_\_

23. Historia Cárdiaca: ¿Usted alguna vez ha tenido cualquiera de las estos estudios/  
procedimientos:

\* Si su respuesta es "Sí" a cualquiera de las siguientes preguntas (a-e), por favor póngase en  
contacto con la oficina del médico donde los estudios fueron hechos para que puedan enviar  
los resultados por FAX: (212) 752-3474.

a. El Estrés de los Ensayos Nucleares: (Sí) (No)

Sí la tuvo, ¿cuándo y a donde? \_\_\_\_\_

b. Caterización/Angiograma Cardiaca/: (Sí) (No)

Sí la tuvo,¿ cuándo y a donde? \_\_\_\_\_

c. Inserto de STENT en las Arterias Coronaries (Sí) (No)

Sí la tuvo,¿ cuándo y a donde? \_\_\_\_\_



d. (Cirugía de Revascularización Coronaria) (Injerto de Revascularización de las Arterias Coronarias: (Sí) (No)

Sí la tuvo, ¿cuándo y a donde? \_\_\_\_\_

e. ¿Has tenido otros estudios o procedimientos que pudieran ser útiles para su evaluación y tratamiento: (Sí) (No)

Sí los has tenido, ¿cuándo? y ¿a donde? \_\_\_\_\_

24. ¿Has tenido palpitaciones en el pecho ó sensación como si le faltara el aire (dificultad para respirar)?

Sí es así, favor describa su síntoma (si dolor, ¿qué tipo?):

¿Con qué frecuencia ocurre? \_\_\_\_\_, ¿ y por cuánto tiempo dura?

¿Sus síntomas empeoran (aumentan) ó ocurren únicamente durante actividad física? Sí es así, favor describa:

25. ¿Padece de dolores de cabeza? (Sí) (No)

Sí es así, favor describa el tipo de dolor \_\_\_\_\_,

¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_, ¿ y desde cuando padece de este problema? \_\_\_\_\_.

26. ¿Problemas con la vista? (Sí) (No)

Sí es así, favor describa \_\_\_\_\_

Anote el nombre del médico, si tiene a alguien encargado de tratar este problema: \_\_\_\_\_

27. ¿ Problemas oyendo ó algun dolor ó incomodidad regular? (Sí) (No)

Sí es así, favor describa: \_\_\_\_\_

28. ¿Has tenido regularmente dolor en el cuello ó en la garganta? (Sí) (No)

Sí es así favor describa el tipo del dolor \_\_\_\_\_, frecuencia \_\_\_\_\_, ¿ y desde cuando padece de este problema? \_\_\_\_\_.

29. Problemas Gastrointestinales:

a. ¿Has tenido sangre en el excremento (sangrado rectal) ó sangre del recto? (Sí) (No)  
Sí es así, enumere la frecuencia, y por cuánto tiempo:

b. ¿ Regularmente padece de estreñimiento ó diarrea? (Sí) (No)

Sí es así, enumere la frecuencia, y por cuánto tiempo:



c. ¿ Regularmente has tenido dolor en el estómago ó estomocimiento (hinchazón) del estómago? (Sí) (No)

Sí es así, enumere la frecuencia, y por cuanto tiempo:

d. ¿ Recientemente has tenido una colonoscopia (dentro de los últimos 5 años)? (Sí) (No)

Sí es así, favor anote:

(fecha)\_\_\_\_\_ (médico que hizo el estudio)\_\_\_\_\_

(Solamente Pacientes Masculinos):

e. ¿ Recientemente has tenido un examen de la próstata (dentro de los últimos 5 años)? (Sí) (No)

Sí es así, favor anota:

(fecha)\_\_\_\_\_ (médico que hizo el estudio)\_\_\_\_\_

30. ¿ Tiene usted algún dolor ó ardor cuando estas orinando, ó incomodidad ó aumento en la frecuencia para orinar? (Sí) (No)

Sí es así, favor describa sus síntomas \_\_\_\_\_,  
Frecuencia \_\_\_\_\_, y ¿ por cuanto tiempo padece de este problema? \_\_\_\_\_.

31. ¿ Has tenido sangrados (hemor) (Sí) (No)

Sí es así, favor describa:

---

32. ¿ Tiene usted otras quejas preocupaciones generales? (Favor anote todas su quejas, incluyendo dolores, artritis, hinchazones ó dificultad moviendo de un lado para otro:

---

33. Estado Civil: (Soltero) (Casado) número de años \_\_\_\_\_ (Divorciado) (Viudo)

34. ¿ Tiene Hijos? Sí es así, ¿ cuántos?/edades \_\_\_\_\_

35. ¿ Usted esta empleado? (Sí) (No) (Jubilado)

Si estas empleado, ¿ Que clase de trabajo?

---

Sí estas jubilado, ocupación antes de jubilarse \_\_\_\_\_,  
y cuanto tiempo tiene de estar jubilado? \_\_\_\_\_

**Norman M. Magid, MD, PC**  
**Cardiac Diagnostic Center**  
45 East End Ave, NY, NY. 10065  
Tel (212) 752-3464 • Fax (212) 752-3474  
DrNMagid@rcn.com



---

36. Favor de usar el siguiente espacio para cualquiera otra información que usted cree, que pueda ser útil para su evaluación y tratamiento médico.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gracias por la oportunidad de estar involucrado en su cuidado!**